

ANNÉE 1939

N^o 77

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Pierre MASSON

Né à Paris, le 10 Septembre 1914

CONCEPTIONS ACTUELLES
SUR
L'EXISTENCE DE LA COLITE ALLERGIQUE

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MASSON

Né à Paris, le 10 Septembre 1914

CONCEPTIONS ACTUELLES SUR L'EXISTENCE DE LA COLITE ALLERGIQUE

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et hisioire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	CUNEO
litiques	GOSSET
Clinique des maladies du système nerveux	GREGOIRE
Clinique des maladies infectieuses.....	LENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique ophtalmologique.....	OMBREDANNE.
Clinique urologique.....	HARVIER.
Clinique d'accouchements.....	LEMAÏTPE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
Clinique gynécologique.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LAUBRY.
pédie	CLOVIS VINCENT.
Clinique thérapeutique médicale.....	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	HAZARD.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MULON.
Clinique propédeutique.....	OLIVIER.
Clinique de la Tuberculose.....	SANNIE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	VERNE.
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Cœuro-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOU.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie MME J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENS.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT LUTZ.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique
médicale

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
METZGER.

Clinique obstétricale.

MM.

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie.....
Puériculture.....

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LœPER

Professeur de clinique médicale
Médecin de l'Hôpital St-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

En remerciement de l'honneur qu'il nous a fait en présidant cette thèse, qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

Médecin de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
reconnaissance pour l'accueil
toujours si amical qu'il a bien
voulu nous réserver dans son
service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALDENWVECK

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

(In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR FALOY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

MONSIEUR LE DOCTEUR HERVY

INTRODUCTION

L'allergie, modification fonctionnelle anormale, latente, tendant d'elle-même à persister, éventuellement produite par un agent déterminé, ayant pour principal caractère de se manifester spécifiquement lors d'une intervention ultérieure de l'agent causal, ou d'un agent qui en procède, par des réactions passagères et sans spécificité propre, que cet agent n'a pas la propriété de susciter en première rencontre, peut se manifester par des syndromes humoraux ou des syndromes tissulaires, les deux étant parfois intriqués.

Parmi les éléments pathologiques dans lesquels cette intrication est le plus manifeste, certaines colites, et en particulier les entérocolites muco-membraneuses, réalisent le tableau de l'hyperergie ou de la parallergie à des allergènes dont la mise en évidence est fréquemment impossible.

Du fait même de la difficulté de déceler ces allergènes naissent les difficultés thérapeutiques qui, faisant appel à toutes les méthodes de désensibilisation, spécifiques ou aspécifiques, sont souvent incapables

de modifier le facteur « terrain » dont le rôle est remis en valeur par l'école néo-hippocratique.

Nous allons nous efforcer, dans les pages qui vont suivre, de rappeler les conceptions actuelles quant à l'existence des côlites allergiques. Nous montrerons également quels ont été les essais thérapeutiques et nous nous efforcerons d'en dégager les conclusions auxquelles on peut parvenir dans l'état actuel de nos connaissances.

GENERALITES SUR LES COLITES

Etudions rapidement les côlites et voyons d'abord ce qu'il faut entendre par ce mot.

La côlite est une affection caractérisée par des douleurs côliques, des troubles fonctionnels du gros intestin et des modifications des selles.

C'est là une définition bien générale, aussi réserve-t-on le plus souvent ce terme aux inflammations côliques d'apparence primitive, les autres côlites, spécifiques ou secondaires, étant décrites avec l'infection générale ou locale qui en est la cause.

Il y a plusieurs formes de côlites, que nous pouvons distinguer au point de vue anatomo-pathologique en :

côlites superficielles, le plus souvent diffuses, s'étendant à une grande partie du côlon et parmi lesquelles on observe des formes aiguës et des formes chroniques.

La différenciation entre les formes aiguës et chroniques n'est pas nette en réalité, car généralement la forme chronique succède à la forme aiguë ou la forme aiguë n'est qu'une poussée sur un état chronique.

côlites profondes, le plus souvent segmentaires où

on distingue des formes ulcéreuses, des formes phlegmoneuses, des formes gangréneuses.

Les principales variétés anatomo-cliniques se différencient en :

A) COLITES GÉNÉRALISÉES.

1) côlites muqueuses aiguës ou chroniques ;

2) côlites graves parmi lesquelles on range :

les côlites ulcéreuses aiguës ou côlites dysentériques,

les côlites ulcéreuses chroniques dont quelques-unes s'accompagnent d'hémorragies,

les côlites phlegmoneuses ou gangréneuses, heureusement très rares, car elles se terminent le plus souvent par la mort.

B) COLITES SEGMENTAIRES.

a) Typhlites — c'est l'inflammation primitive du coecum qui présente également une forme aiguë et une forme chronique ou dyspepsie coecale, celle-ci caractérisée par des douleurs dans la fosse iliaque droite, de la constipation ou fausse diarrhée et qui se traduit un peu plus tard par de la dilatation du coecum. C'est dire si le diagnostic différentiel est parfois difficile avec l'appendicite chronique ou la tuberculose coecale ;

b) côlites ascendantes ;

c) côlites angulaires ;

d) côlites transverses.

LE SYNDROME COLOPATHIQUE.

° Dans toutes ces formes, dont le diagnostic sera fait par quelques signes propres à la variété, on rencontre, comme nous le disions dans la définition, un syndrome côlopathique caractérisé par des douleurs, des troubles fonctionnels et des modifications des selles.

Les douleurs. — C'est d'abord une sensation continue, permanente d'endolorissement, de pesanteur, de barre, de distension abdominale sur laquelle se greffent de temps à autre des coliques localisées soit sur toute la longueur du cadre còlique, soit sur le còlon droit seul, en cas de còlite avec diarrhée, soit sur le còlon gauche dans la còlite avec constipation.

L'intensité des douleurs augmente encore au moment des défécations.

Les selles. — Leur modification est constante.

On trouve fréquemment de la *diarrhée simple*, trois selles par jour survenant à des heures variables, de couleur jaunâtre ou brunâtre, mousseuses, volumineuses, dégageant des gaz en abondance.

Parfois, on note des *selles dysentéroides* dans les formes graves, 10 à 12 selles par jour, liquides, mêlées de glaires sanglantes où on peut trouver même du pus, des lambeaux de muqueuse intestinale ; elles peuvent être franchement hémorragiques. Dans d'autres cas, les formes segmentaires gauches, les malades présentent de la *constipation* due à de la *sténose* cicatricielle ou déterminée par l'atonie intestinale ; constipation qualitative formée de selles qui, si elles

sont quotidiennes, n'en sont pas moins insuffisantes ou constipation quantitative formée de selles rares ne survenant qu'à quelques jours d'intervalle.

On trouve enfin des *fausses diarrhées* qui ne sont qu'une variété de constipation. Elles sont constituées par plusieurs selles quotidiennes formées de parties solides et liquides ; la partie solide marque le début de la défécation.

L'ABDOMEN.

Il est généralement plat et rétracté, sauf naturellement en cas de début d'occlusion marqué par un ballonnement. La palpation révèle une douleur dessinant le cadre côlique ; on peut même, quand la défense musculaire n'est pas trop vive, sentir le côlon contracturé sous forme d'un cordon dur, rigide, roulant sous le doigt, se déplaçant à la pression : c'est la « corde côlique ». On perçoit parfois la rétention stercorale surtout dans le sigmoïde.

LES SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Ils complètent le tableau des colopathies. Au cours des colites bénignes, on trouve fréquemment une anémie signalée par Lœper, une dépression nerveuse si souvent rencontrée chez les digestifs.

Les formes graves revêtent une symptomatologie plus accentuée : de l'hyperthermie, de la tachycardie, des frissons. La langue est rôtie, l'embarras gastrique fréquent, accompagné de céphalée et de douleurs musculaires.

LES TROUBLES RÉFLEXES.

Nous devons enfin signaler des troubles réflexes fréquents dont il faut connaître l'existence pour ne pas faire errer le diagnostic de l'affection. Ils sont importants, car ils arrivent à masquer les symptômes intestinaux qui passeraient alors au second plan.

Il peut y avoir répercussion sur la sécrétion et la motricité de l'estomac, ce qui entraîne une *dyspepsie gastrique secondaire*.

Il peut y avoir également des troubles respiratoires secondaires qui simulent une crise *dyspnéique ou asthmatiforme*. Nous reviendrons particulièrement sur ce sujet plus tard.

On note enfin parfois des *troubles cardiaques* variés tels que de la tachycardie, de la brachycardie, des palpitations et même de la pseudo angine de poitrine. Nous ne ferons que mentionner les céphalées, vertiges, migraines ou syncopes.

EVOLUTION.

Le début de l'affection est variable.

Généralement cette maladie s'installe brusquement avec un tableau clinique où dominent les douleurs et les modifications des selles.

Après une phase aiguë d'une durée variable, de quelques jours à trois semaines, on constate une amélioration qui traduit soit une guérison, soit en réalité, et c'est là la majorité des cas, un assoupissement clinique des symptômes avec passage à la chronicité en-

tre coupé de menaces fréquentes de poussées de côlites aiguës.

Nous ne parlerons pas ici des complications éventuelles : hémorragies graves, occlusion intestinale ou perforation intestinale consécutive à un processus ulcératif intense.

ETIOLOGIE DES COLITES

On les rencontre fréquemment au cours de l'enfance, ce sont alors des formes diffuses et superficielles. Nous ne ferons que rappeler ici la fragilité intestinale des nourrissons qui réagit si facilement aux fautes alimentaires et même aux conditions extérieures : épidémie de diarrhée pendant l'été.

Chez les adultes de 20 à 50 ans, la côlite est plus rare et revêt habituellement une forme segmentaire et profonde. L'hérédité joue surtout par la transmission des tares anatomiques telles que ptoses ou courbures, la dilatation intestinale, les diverticules du gros intestin.

On peut classer les causes en :

CAUSES LOCALES.

La côlite n'est alors qu'une complication d'une affection de l'abdomen telle que le mégacôlon, le dolichocôlon qui, par la constipation qu'ils entraînent, traumatisent l'intestin.

L'adhérence du côlon aux organes voisins, par le dysfonctionnement qui en est la conséquence, peut être cause de côlite.

La propagation d'une inflammation voisine comme l'appendicite, les lésions annexielles gauches, les abcès pelviens, la cholécystite aiguë, sera le plus souvent d'un diagnostic facile car alors la côlite sera secondaire et le tableau sera dominé par cette affection.

L'origine parasitaire est bien connue — les plus fréquents parasites sont l'amibiase, les lambiases, le *balantidium coli*, les bilharzioses.

CAUSES GÉNÉRALES.

Les côlites relevant de causes générales sont le plus souvent polysegmentaires ou diffuses.

Les principales causes sont :

— l'auto-intoxication — au cours de l'urémie, par exemple.

— l'intoxication digestive au sens large du mot, nous y reviendrons,

— les intoxications par le mercure, le plomb, le phosphore.

— les côlites d'ordre anaphylactique qui revêtent des formes chroniques ou à poussées subaiguës. Leur existence est prouvée par l'épreuve de l'hémoclasie digestive nettement positive, la provocation des mêmes accidents par les mêmes aliments (viande-poisson), leur disparition après l'application de méthodes antianaphylactiques (ingestion de peptones, méthode de désensibilisation de Besredka).

ORIGINE INFECTIEUSE.

Nombreux sont les microbes qui provoquent des côlites. Nous ne ferons que rappeler le colotypus, les salmonelloses, la dysenterie bacillaire, le bactérium coli, l'entérocoque, ces deux derniers étant nettement le plus souvent rencontrés.

Mentionnons enfin l'existence des troubles côliques au cours des fièvres éruptives (rougeole, scarlatine), des gripes, du R. A. A., des troubles digestifs consécutifs aux angines, aux bronchites graves et à la pneumonie.

Notons enfin l'atteinte du côlon au cours des grandes maladies générales comme la syphilis ou la tuberculose, cette dernière pouvant même se localiser primitivement sur l'intestin tout au moins cliniquement.

Nous allons étudier les rapports de la côlite avec l'allergie, mais il était nécessaire, croyons-nous, de rappeler d'abord quelques notions étiologiques de la côlite car différents auteurs ont voulu voir dans la côlite allergique une greffe sur une autre cause de côlite.

CONCEPTION DE L'ALLERGIE

Qu'est-ce que l'allergie ?

Voilà une question à laquelle il est difficile de répondre clairement. Elle a déjà fait couler beaucoup d'encre et ce n'est certes pas nous qui aurons la prétention d'apporter un avis définitif.

Le terme a été créé pour la première fois en 1910 par Von Pirquet à la suite de ses travaux célèbres sur le vaccin ou la revaccination.

Il a obtenu tout de suite un succès considérable dans le monde médical et biologique. On a cherché à expliquer par lui de nombreux phénomènes jusque là de pathogénie assez obscure.

Comme il arrive fréquemment en pareil cas, d'innombrables études ont été entreprises et chacun sur la foi de ses propres observations y a ajouté, retranché ou modifié, si bien que du sens primitif, il ne restait plus pour certains, qu'un élargissement sans bornes du sens premier et que pour d'autres il y a eu confusion et rétrécissement du champ biologique du terme.

Le Docteur Arnault Tzanck en 1933 trouvait déjà « dix sens différents pour un même terme ».

Voyons donc maintenant quelques opinions ;
Des travaux de Von Pirquet, il résulte que l'allergie ou modification réactionnelle comprend :

- 1) une modification *dans le temps*, de la réaction.
 - a) réaction immédiate ou dans les 24 heures après la seconde injection.
 - b) réaction accélérée en quelques jours.
- 2) une modification *quantitative* de l'intensité de la réaction.
 - a) capacité de réaction plus forte (hypersensibilité), anaphylaxie).
 - b) capacité de réaction diminuée ou annulée (hypo-sensibilité, absence de sensibilité ou immunité).
- 3) une modification *qualitative* du mode de réaction ou du tissu réagissant.

L'auteur dans le compte rendu de ses travaux n'a d'ailleurs laissé aucune ambiguïté ; il dit :

« La réaction allergique comporte aussi bien des modifications dans le sens de l'hypersensibilité que dans le sens de l'immunité ».

D'autres auteurs ont adopté un sens très général en disant : « L'allergie, c'est la vie », entendant par là que le propre de la vie est d'entraîner perpétuellement des transformations dans tout l'organisme et que le fait d'obtenir deux réactions différentes à une même excitation n'est en somme que l'image de la vie.

D'autres encore ont limité le sens, en ne voyant dans l'allergie que la « réaction antigène-anticorps ».

Les Américains voient surtout par ces phénomènes,

un moyen d'exploration fonctionnelle des tissus et surtout de la peau. Ils confondent anaphylaxie et allergie.

Quelques auteurs ne considérant que l'hyperperergie voient simplement la réaction accrue.

Nous terminerons cette énumération bien incomplète en signalant encore une opinion qui ne veut voir dans l'allergie que l'inverse de l'anergie, alors qu'en réalité ce sont là deux choses différentes que l'on ne peut opposer.

Que pouvons-nous tirer de ce rapide exposé ? Il faut croyons-nous, revenir à l'opinion de Von Pirquet, très explicite à ce point de vue et dire simplement avec Philibert que l'allergie est le pouvoir acquis par un organisme qui a déjà souffert d'une première atteinte.

L'état allergique peut donc coïncider avec un état d'immunité (vaccination), avec l'absence d'immunité (syphilis), avec un état d'hypersensibilité (anaphylaxie) et il nous semble une erreur d'identifier ou d'opposer en tant que phénomènes différents l'anaphylaxie, l'immunité, l'hyperperergie.

Tout rentre dans un même groupe de faits : l'Allergie.

ROLE DE L'ALLERGIE DANS LES COLITES

Maintenant que nous avons rapidement étudié les colites et leurs étiologies classiques, que nous avons adopté un sens pour le terme Allergie, nous allons essayer d'étudier les formes sous lesquelles se présentent les colites d'origine supposée allergique, d'expliquer leur pathogénie, le processus suivant lequel elles peuvent se former et nous en tirerons les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

La muqueuse du tube digestif peut comme tous les tissus présenter une sensibilité qui lui est propre et réagir avec une plus ou moins grande intensité à telle ou telle substance.

Peu importe que l'agent nocif (antigène) ait été apporté par la voie digestive elle-même ou par la circulation sanguine.

Les choses se passent de la même façon pour le revêtement cutané. Celui-ci, en effet, peut révéler sa sensibilité de manière identique par le contact ou l'ingestion de la même substance.

Dans les deux cas, il s'agit d'une réaction cellulaire, d'un phénomène d'intolérance digestive ou cutané mais tout à fait superposables.

En somme l'allergie se manifeste de deux façons sur l'organisme, que la pénétration ait lieu par ingestion ou injection.

soit réaction cutanée ; urticaire, eczéma,

soit réaction à tableau clinique digestif ; vomissements, gastralgies, coliques plus ou moins marquées.

EXPÉRIMENTATION.

La nature allergique de certaines côlites a été démontrée par les expériences de Schittelhelm et Weichardt, qui après avoir sensibilisé des chiens par l'albumine de l'œuf, ont observé après ingestion répétée d'albumine, le tableau clinique d'une côlite de nature allergique.

Gutmann nous dit que l'intestin réagit de façon souvent intense au choc anaphylactique et des lésions nettes, mêmes hémorragiques peuvent en résulter.

ETUDE CLINIQUE.

Il est des *formes douloureuses localisées* prenant un caractère très aigu et l'on conçoit que des erreurs de diagnostic aient pu être faites. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire rapportée par R. Gutmann d'une malade dont les crises douloureuses atteignaient une telle intensité et étaient apparues si brusquement que par quatre fois en l'espace de quelques années, elle fut opérée pour les ovaires, les annexes, l'appendice, la vésicule biliaire sans aucun résultat pratique, jusqu'à ce que fut instituée une peptonothérapie qui guérit la malade.

Ces formes d'allergie intestinale se singularisent par l'absence de diarrhée. Il est d'autres formes qui présentent au premier plan, non plus des douleurs, mais des *spasmes*. Naturellement là aussi, les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Efron relate l'observation d'une de ses malades qui fut plusieurs fois conduite à l'hôpital pour une symptomatologie d'occlusion intestinale. Heureusement à chaque fois, les manifestations cédèrent avant l'intervention. Il fut découvert plus tard qu'il s'agissait d'une allergie à la farine de froment. On trouve enfin des formes où le symptôme dominant est constitué par une *diarrhée glaireuse* accompagnée ou non de constipation.

Beaucoup d'observations ont été publiées par Kuttner, Brugsch, Evermann, Hollander mais la plus typique est celle de Le Noir, Richet Fils, Renard et Barreau. C'est l'histoire d'une malade qui pendant six mois présente des coliques avec alternatives de diarrhée et de constipation, selles glaireuses et sanglantes et qui en 10 semaines perdit 4 kilogs. On pensa à un cancer du rectum ou du sigmoïde, mais les examens se montrèrent négatifs. Enfin, la malade observa elle-même que ses manifestations aiguës se reproduisaient chaque fois qu'elle absorbait de la viande crue ou du lait frais. La suppression de ces deux aliments du régime faisait régulièrement disparaître les troubles.

Maintenant voyons s'il est des moyens de faire précocement un diagnostic étiologique. Il est évident que ce diagnostic est délicat à poser et les observations que nous venons de voir en sont la preuve, puisque

dans chacune d'elle, il y a eu au début des erreurs qui ont entraîné des opérations ou prolongé des troubles qui auraient pu être jugulés rapidement.

Erich Urbach nous indique un signe caractéristique, dit-il, du catarrhe intestinal allergique, la haute teneur en cellules éosinophiles qui pourrait rendre des services au début lorsque la nature exacte de la maladie n'est pas encore nettement reconnue et peut-être ajoute-t-il, pour le diagnostic rétrospectif de certains cas, faisant allusion au « catarrhe intestinal éosinophile » de Staublé et à la « rectite éosinophile » décrite par Vengebauer et Stauble, dont la nature allergique ne fait aucun doute pour lui.

On peut également tirer des indications diagnostiques de l'examen anatomique de pièces opératoires. C'est un fait courant de constater le manque de concordance entre les manifestations cliniques et subjectives de certaines douleurs abdominales à type d'appendicite et les résultats d'un examen macroscopique et microscopique de la pièce.

Intosh pense pouvoir l'expliquer par une « attaque allergique » quand le laboratoire montre des glaires abondantes et des cristaux de Charcot-Leyden à l'intérieur de l'appendice, des cellules éosinophiles interstitielles en l'absence de tout signe d'inflammation aiguë ou chronique.

Pour Schmidt, il y a analogie entre le crachat des asthmatiques et les selles de côlitiques : mucus, éosinophilie, cristaux de Charcot-Leyden.

Comme le signale Mogena, on pourra être aidé for-

tement dans le diagnostic par l'étude de la « personnalité allergique ».

Il est indéniable qu'il existe une diathèse allergique dont les manifestations peuvent être très diverses chez les individus d'une même famille. C'est dire l'intérêt d'un interrogatoire sérieux sur les antécédents familiaux, collatéraux et personnels.

Dans de nombreux cas, en effet, on observe des équivalences. Les crises abdominales s'accompagnent ou alternent avec d'autres manifestations de même origine.

Au cours d'une statistique reposant sur quelques cas personnels de cœlite allergique indéniables, Mogena signale :

6	cas	où	à	la	cœlite	s'ajoute	de	l'urticaire.
10	—	—	—	—	s'ajoutent	des	migraines	fré-
					quentes.			
2	—	—	—	—	s'ajoute	de	l'eczéma.	
1	—	—	—	—	s'ajoutent	des	crises	d'asthme.
3	—	—	—	—	s'ajoute	du	prurit.	
4	—	—	—	—	s'ajoute	de	l'éosinophilie.	

PATHOGÉNIE DE L'ALLERGIE DU COLON.

Si l'on admet généralement l'intervention de l'allergie dans la cause des cœlites, comme pour la définition du terme, il y a des interprétations différentes sur la manière dont la cœlite se forme.

Certains auteurs admettent qu'il s'agit d'un « urticaire interne ». Rowe croit à un œdème angioneuro-

tique de la muqueuse tandis que Eyermann, d'après ses constatations radiologiques pense qu'il s'agit de spasmes. A l'appui de cette dernière opinion, Schorer rapporte l'observation d'un cas avec perception de la corde colique. On a même pu parler d' « Asthme intestinal » en pensant aux sécrétions avec éosinophilie et cristaux de Charcot-Leyden.

Urbach avec Schorer est amené à croire que « l'action conjuguée de l'œdème et du spasme est nécessaire pour produire ce type de douleurs avec cette réserve que l'œdème tissulaire peut être provoqué par la pression exercée par le spasme ». Mogena met en cause une dystonie du pneumogastrique qui donnerait lieu aux phénomènes d'expulsion de mucus, à la diarrhée ou constipation et aux douleurs.

La principale question est de savoir comment s'établit l'allergie intestinale.

Les perturbations sont pour Chiray et Baumann, la « conséquence de troubles du métabolisme gastro-intestinal et en particulier du déséquilibre de la digestion bactérienne intra-cœcale d'où dérivent la production de corps toxiques qui donnent naissance aussi bien à l'intoxication, qu'à des réactions du type anaphylactique suivant les dispositions du sujet, la valeur de ses moyens de défense, ses tares héréditaires, sa sensibilité constitutionnelle ».

Il y a souvent coexistence de purpura, d'urticaire avec congestion intestinale intense. La diarrhée profuse procédant par crises et les réactions vasculaires accompagnées d'infiltration œdémateuse de la mu-

queuse peuvent être considérées comme des chocs de retour, facteurs eux-mêmes de còlite.

En somme, selon l'opinion soutenue par Gutmann, l'allergie se manifesterait électivement sur un organe déjà malade et le plus souvent il aggraverait la còlite plutôt qu'il ne la créerait.

Toutefois, on peut considérer que cliniquement l'atteinte du còlon serait silencieuse et ne se révélerait que sous l'influence des chocs allergiques et l'on peut dire que l'allergie entre vraiment dans l'étiologie des còlites puisque c'est elle qui les déclancherait.

Guy Laroche, Richet et St-Girons ont fait intervenir l'achylie dans le mécanisme de l'allergie alimentaire comme cause favorable. Ils s'appuient sur le passage rapide du chyme à l'intestin, chyme mal préparé par le manque d'H Cl dans l'estomac avec inhibition résultante de la sécrétion duodénale et pancréatique.

Sur seize cas observés avec intra-dermo positive aux aliments, il y avait achylie dans 30 % des cas.

Il y aurait donc dénaturation défectueuse des albumines animales ou végétales résultant d'une cuisson insuffisante ou d'une insuffisance de la digestion peptique. La pénétration dans l'organisme d'albumines étrangères insuffisamment disloquées par suite de l'inflammation, de l'érosion d'une muqueuse intestinale lésée peut être la causé du choc allergique qui retentit sur l'intestin et dont la répétition entraîne la còlite.

En dehors des questions alimentaires, l'allergie se manifeste encore au cours des infections microbiennes ou parasitaires.

La participation de l'allergie bactérienne dans beaucoup de colopathies est indubitable, quelquefois comme facteur étiologique primaire, peut être le plus souvent l'hypersensibilité aux bactéries intestinales se fait-elle sur un côlon déjà malade.

Rappelons simplement la fréquence des troubles digestifs au cours des maladies infectieuses, il y aurait là une sensibilisation de l'intestin produite par la lutte contre les maladies et qui n'est autre que l'entrée en jeu de l'allergie.

Les parasites jouent leur rôle par l'irritation qu'ils causent eux-mêmes et par leurs toxines, les lésions qu'ils entraînent et qui permettent le passage des albumines étrangères facteurs de choc, et enfin par eux-mêmes qui, au cours du passage dans le sang ou de leur désintégration forment à leur tour des allergènes.

De cet exposé, nous pouvons, croyons-nous, admettre que l'allergie se manifeste sur un côlon déjà malade et que c'est elle qui est cause de la crise colitique dans la plupart des cas, l'infection microbienne ne jouant qu'un rôle de déclenchement des phénomènes : c'est donc le facteur allergique qu'il faudra combattre avant tout quand nous aurons pu en déceler l'intervention dans l'étiologie de l'affection.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES.

Quand la nature allergique de la colite sera déterminée, soit par l'examen clinique de la colite seule, ce qui est bien rare, soit par les antécédents allergi-

ques du malade, ses signes concomittants ou les équivalences cutanées ou muqueuses, il faudra essayer de découvrir la substance en cause. Pour cela, une observation patiente sera nécessaire.

Nous pourrons avoir recours à des tests de laboratoire comme les cuti- ou intra-dermo réactions à différentes substances susceptibles d'être accusées de l'affection. Les résultats en sont précieux, certes, et ils ont déjà donné maintes preuves de leur valeur, mais il ne faudrait pas non plus s'y appuyer aveuglément car ils sont susceptibles d'erreurs.

Il est des cas où les réactions sont négatives alors que la substance est responsable et d'autres cas où elles sont positives chez des sujets qui n'ont jamais eu de troubles à l'occasion de l'ingestion de l'aliment mis en cause.

De plus, un sujet peut être sensibilisé à de nombreuses substances et alors l'alimentation deviendrait impossible.

Une autre méthode a été proposée par Rowe et les auteurs Américains y attachent une grosse importance, c'est la « diète d'élimination ». Mais, là encore, les résultats sont difficiles à interpréter et sujets à erreurs, en dehors même des désagréments de la recherche.

Quand nous aurons déterminé la substance responsable, il faudra la proscrire d'une façon absolue du régime.

Si la substance alimentaire est difficile à éliminer comme le lait, la farine, il faudra alors recourir aux

méthodes de désallergisation ou désensibilisation spécifique.

a) désensibilisation par administration de quantités lentement progressives de l'allergène connu; mais ce procédé est trop long et non dépourvu de dangers.

b) désallergisation par la méthode Skeptophylactique : prise $\frac{3}{4}$ d'heure avant le repas de toutes les substances alimentaires entrant dans sa composition en commençant par une dose de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{5}$ de gramme pour atteindre 5 à 10 grammes en l'espace de quelques semaines.

Cette méthode souvent efficace est pénible et doit se poursuivre de longues semaines pour donner des résultats satisfaisants.

La méthode de schock a ses adeptes et Halk prétend avoir guéri plusieurs cas de côlite muqueuse au moyen de sérum de cheval, mais il faut reconnaître que le procédé est parfois dangereux.

Aussi préconiserons-nous de préférence, une simple thérapeutique de désensibilisation générale.

La peptonothérapie jouera ici un rôle important soit suivant la méthode habituelle soit en association avec la *magnésie*. Chapuy (de Lyon), conseille l'*hyposulfite de soude intraveineux* qui lui a donné de bons résultats dans une recto-côlite hémorragique grave durant depuis plusieurs annés. Il lui a suffi de 20 injections tous les jours ou tous les deux jours, de 10 cc. d'une solution à 20 %.

On peut ajouter, dit Savy, le *sulfate de soude* à petites doses fortement diluées, car il considère qu'il

existe toujours dans ces cas un certain degré d'atteinte hépatique. Naturellement ici comme dans toute manifestation allergique, *l'auto-hémothérapie* ou *l'auto-sérothérapie* pourront avoir leur mot à dire.

Loeper conseille *l'injection intradermique de lait* à doses infimes.

Toutes ces méthodes très efficaces ne sont pas des contre indications à une thérapeutique symptomatique. En dehors du repos et du régime habituel, on pourra avec Richet et Couder, pour protéger la muqueuse intestinale contre une inondation trop rapide par les substances albuminoïdes ou farineuses, recommander la prise systématique d'*huile de paraffine* à la dose d'une cuillerée à soupe pendant le repas.

Des lavages du côlon (bain intestinal sous-marin) donnent souvent d'après Urbach, des résultats favorables.

CONCLUSIONS

I. L'allergie peut se manifester par des réactions humorales ou tissulaires, ou par l'intrication de ces deux catégories de manifestations.

II. C'est à ce dernier groupe qu'appartiennent certaines manifestations viscérales parmi lesquelles se placent au premier chef les côlites et les entéro-côlites muco-membraneuses.

III. Dans la plupart des cas, l'ordre d'apparition des phénomènes est si nettement asymptotique qu'il est pratiquement impossible de discerner le rôle attribuable au facteur « terrain » ou au facteur « allergènes ».

IV. Il semble toutefois, que c'est surtout par la voie digestive que jouent les allergènes, bien que la possibilité ne soit pas exclue d'une excitation réflexe par tout autre voie. L'existence de côlites comme équivalent de l'asthme ou de l'allergie nasale, celle de côlites d'origine psycho-émotive, ou vago-sympathique n'est plus aujourd'hui contestée.

V. La thérapeutique doit, à la fois, s'efforcer d'atténuer le syndrome intestinal par les médications symptomatiques et de modifier le terrain, soit par une action spécifique lorsque les allergènes sont connus, soit par une action aspécifique mettant en œuvre les processus les plus divers de désensibilisation.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFÉNEAU.

Vu : le Président de thèse,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BOCCA J. — Les côlites. *Congrès de Plombières*.
- CHIRAY M. et BAUMANN J. — Còlite et Anaphylaxie. *Paris-Médical*, 1^{er} avril 1933. Page 299.
- COOKE R. A. — Gastro-intestinal manifestations of allergy *Bull. New-York Acad. Med.*, janvier 1933.
- EFRON R. G. — Gastro-intestinal manifestations in Allergy. *New-Orléans Med. and Surg. Journal*, 540-568, janvier 1932.
- GALLART-MORRÈS F. — Les fausses côlites. *Arch. Mal. de l'app. digestif*, juin 1935, p. 563.
- GUTMANN R. A. — Les intolérances digestives. Les troubles digestifs à type d'anaphylaxie. *Presse médicale*, 5 novembre 1932.
- GUTMANN R. A., TZANCK-ARNOUS A. — Les intolérances coliques. *Presse médicale*, 6 juin 1936.
- HARE. — Facteur allergique dans l'étiologie des côlites non spécifiques. *The Lancet*, 5 octobre 1935.
- MOGENA. — Le facteur allergique dans les côlites. *Arch. méd. de l'app. digestif*, n° 1, 1935. *Pr. Med.*, n° 37, 8-5-35.

- PASCUAL Y RAMOS. — Las colitas alergicas y alergia en las colitas. *La Medicina Ibero*, 24 déc. 1932.
- PHILIBERT A. — Allergie Pratique-Médico-Chirurgicale.
- ROGER H., WIDAL F., TESSIER. — Les côlites. *Traité de path. interne*.
- ROWE. — Allergie gastro-intestinale. *J. of the Americ. Med. Assoc.*, n° 20, 14 nov. 1931.
- HYSS S., STROIKOVA X., VENDENSKY V. — Le choc provoqué par la transfusion de l'homo- et de l'hétérosang comme moyen thérapeutique dans le traitement des entéro-côlites. *Arch. mal. de l'app. digestif*, juin 1936.
- SAVY. — Traité de thérapeutique.
- TZANCK A. — Intolérance digestive et anaphylaxie alimentaire. *Nutrition*, 1, 163-168, 1931.
- URBACH E. — Affections allergiques du tractus gastro-intestinal, du foie et de la vésicule biliaire. *Revue med. chir. des maladies du foie*, mars-avril 1936.
-

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
